

Versicherungsnummer:

An die Leistungsabteilung des
MÜNCHENER VEREIN
Krankenversicherung a.G.
Postfach
80283 München

Bitte erstatten Sie auf mein Konto:

IBAN:

BIC:

Konto-Nummer:

Bankleitzahl:

Konto-Inhaber(in):

Mein Erstattungsantrag zur schnellen Bearbeitung der Belege

**Neue Adresse /
neues Erstattungs-
konto (falls Ände-
rung gewünscht) /
neue Telefon-
nummer(n)**

Soll das neue Erstattungskonto (wie vorstehend) auch für den Beitragseinzug gelten?

Ja Nein

Unterschrift Versicherungsnehmer/-in

(nur notwendig, wenn Adress- oder Kontodaten geändert werden sollen)

Für folgende Personen sind Belege beigelegt:

Vorname



Geburtsdatum

Wichtiger Hinweis für unsere Kunden zur zügigen Bearbeitung von Erstattungsanträgen.

Sie können uns helfen, Ihre Unterlagen zügig zu bearbeiten, indem Sie:

- ✓ Ihre Belege **immer** mit diesem Vordruck einreichen. Sie können diesen Bogen für mehrere versicherte Personen gleichzeitig benutzen
- ✓ die Rechnungsbelege bitte **nicht heften, klammern oder aufkleben, keinen Textmarker verwenden und nicht selbst beschriften**
- ✓ grundsätzlich die **Originalbelege ohne die Überweisungsträger, Rechnungsdurchschriften oder Apothekenquittungen** an uns schicken.
Wenn ein Erstversicherer (z.B. eine gesetzliche Krankenversicherung) schon Teilerstattungen vorgenommen hat, reicht uns eine Rechnungskopie mit dem Vorleistungsvermerk
- ✓ die **Belege sortieren**, z.B. mehrseitige Belege in korrekter Seitenreihenfolge

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Bitte beachten Sie, dass Ihre Unterlagen nach Eingang gescannt und archiviert werden, die Originale werden im Nachgang vernichtet. Gerne senden wir Ihnen bei Bedarf Reproduktionen zu.